

Allgemeine Bedingungen für die Fahrzeuginsassen- Unfallversicherung (IUB 1986)

Es gelten auch die Allgemeinen Bedingungen für die Fahrzeug-Kaskoversicherung und die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AFIB 1986).

INHALT

Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?	Art. 1	Versicherungsformen und versicherte Personen
Was ist versichert?	Art. 2	Umfang der Versicherung
Was leistet die Versicherung?	Art. 3	Versicherungsleistung
Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?	Art. 4	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
Innerhalb welcher Fristen muß der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?	Art. 5	Erklärung über die Versicherungsleistung
Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision an- gerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?	Art. 6	Ärztekommision
Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?	Art. 7	Fälligkeit der Versicherungsleistung
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?	Art. 8	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?	Art. 9 Art. 10	Obliegenheiten Schadensminderungs- und Rettungspflicht

Artikel 1

Versicherungsformen und versicherte Personen

1 Die Versicherung kann abgeschlossen werden

1.1 nach dem Pauschalsystem

Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug.

Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

1.2 nach dem Platzsystem

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.

Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

1.3 für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.

2 Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 2, Punkt 1 tätig werden.

Artikel 2

Umfang der Versicherung

1 Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

2 Unfallbegriff

2.1 Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

2.2 Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

2.2.1 Ertrinken;

2.2.2 Verrenkungen an Gelenken sowie Zer-
rungen und Zerreißen von an Glied-
maßen und Wirbelsäule befindlichen Mus-

keln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge
plötzlicher ungewohnter Kraftanstren-
gung;

2.2.3 Tod oder körperliche Schädigungen durch
Verbrennungen, Blitzschlag oder elektri-
schen Strom;

2.2.4 Wundinfektionen infolge einer Unfallver-
letzung;

2.2.5 Einatmen von Gasen oder Dämpfen.

3 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind

3.1 Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das
Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbe-reitet,
ausgeführt oder ausgedehnt werden;

3.2 Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn
treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles oder
einer ihn treffenden Geistes- oder Bewußt-
seinsstörung (auch durch Alkohol- oder Sucht-
gifteinfluß) erleidet; ein Herzinfarkt gilt in kei-
nem Fall als Unfallsfolge;

3.3 als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen):
Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unter-
leibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unter-
schenkelgeschwüre.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der
Versicherte beweist, daß die Bandscheiben-
hernien durch direkte mechanische oder chemi-
sche Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten
sind, und daß es sich dabei nicht um eine Ver-
schlimmerung schon vor dem Unfall bestehen-
der Krankheitserscheinungen handelt.

Dies gilt auch für die angeführten Brüche und
Unterschenkelgeschwüre, sofern der Ver-
sicherte beweist, daß sie durch eine von außen
kommende mechanische oder chemische Ein-
wirkung direkt herbeigeführt worden sind und
nicht anlagebedingt waren.

Artikel 3 Versicherungsleistung

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Punkt 1)
- dauernde Invalidität (Punkt 2)
- Taggeld (Punkt 3)
- Heilkosten (Punkt 4)

1 Todesfall

1.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an
gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein,
wird die für den Todesfall versicherte Summe
gezahlt.

1.2 Auf die Todesfallsleistung werden nur Zah-
lungen, die für dauernde Invalidität aus dem-
selben Ereignis geleistet worden sind, ange-
rechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für
dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht
zurückverlangen.

1.3 Bei Personen unter 15 Jahren werden innerhalb
der Versicherungssumme nur die aufgewendeten
angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Bei einer Versicherung nach Pauschalssystem
wird der auf andere Personen entfallende Teil-
betrag aus der versicherten Todesfallssumme um
den durch diese Begrenzung freiwerdenden
Betrag verhältnismäßig erhöht.

2 Dauernde Invalidität

2.1 Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Un-
fallstag an gerechnet, daß eine dauernde Inva-
lidität zurückbleibt, wird aus der hierfür ver-
sicherten Summe der dem Grade der Invalidität
entsprechende Betrag gezahlt.

2.2 Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der In-
validität, soweit er nicht nach den Punkten 2.3
und 2.4 eindeutig feststeht, bis längstens 4 Jahre
vom Unfallstag an jährlich neu feststellen zu
lassen; nach 2 Jahren vom Unfallstag an muß
diese Feststellung durch ein Gutachten der
Ärzt Kommission (Artikel 6) erfolgen, dessen
Kosten der Versicherer trägt.

Stirbt der Versicherte, ohne daß der Tod eine
Leistung des Versicherers gemäß Punkt 1.1 be-
wirkt, vor endgültiger Feststellung der Leistung,
richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt fest-
gestellten Grad der Invalidität.

2.3 Unter Ausschluß des Nachweises einer höheren
oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeits-
fähigkeit gelten folgende Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsun-
fähigkeit eines Armes ab Schultergelenk . . .70%

eines Armes bis oberhalb des
Ellenbogengelenkes 65%

eines Armes unterhalb des Ellenbogen-
gelenkes oder einer Hand 60%

eines Daumens 20%

eines Zeigefingers 10%

eines anderen Fingers 5%

eines Beines bis über die Mitte
des Oberschenkels 70%

eines Beines bis zur Mitte
des Oberschenkels 60%

eines Beines bis zur Mitte des Unter-
schenkels oder eines Fußes 50%

einer großen Zehe 5%

einer anderen Zehe 2%

bei völligem Verlust der Sehkraft
beider Augen 100%

bei völligem Verlust der Sehkraft
eines Auges 30%

sofern jedoch die Sehkraft des anderen
Auges vor Eintritt des Versiche-
rungsfalles bereits verloren war 60%

bei völligem Verlust des Gehörs
beider Ohren 60%

bei völligem Verlust des Gehörs
eines Ohres 15%

sofern jedoch das Gehör des anderen
Ohres vor Eintritt des Versiche-
rungsfalles bereits verloren war 30%

bei völligem Verlust des Geruchssinnes . . . 10%

bei völligem Verlust des Geschmacksinnes . 5%

2.3.1 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Ge-
brauchsunfähigkeit der vorgenannten Glied-
er oder Sinnesorgane werden die vor-
stehenden Sätze entsprechend herabge-
setzt.

2.3.2 Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von
mehreren der vorgenannten Glieder oder
Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen ei-
nes nach Punkt 2.4 festgestellten Inva-
liditätsgrades werden die sich ergebenden
Prozentsätze zusammengerechnet, wobei
jedoch nie mehr als 100% insgesamt ge-
leistet werden.

2.4 Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 2.3
nicht bestimmen läßt, wird bei seiner Be-
messung in Betracht gezogen, inwieweit der
Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen
Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen
Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter
billiger Berücksichtigung seines zum Zeitpunkt
des Unfalles ausgeübten Berufes zugemutet
werden kann.

2.5 Hat der Versicherte am Unfalltag bereits das 70.
Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde
Invalidität in einer Nervenerkrankung oder
Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapi-
talszahlung eine nach der beigedruckten Renten-
tafel unter Zugrundelegung des vom Ver-
sicherten am Unfalltag vollendeten Lebens-
jahres zu bemessende Rente.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei
Kapitalszahlung zu erbringen wäre.

Die Rentenleistung beginnt gemäß Artikel 7,
Punkt 1 und erfolgt jeweils für einen Kalen-
dermonat im voraus. Sie endet mit Ende des
Kalendermonates, in dem der Versicherte ge-
storben ist.

3 Taggeld

3.1 Führt ein Versicherungsfall zu einer Beein-
trächtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die
Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte
Taggeld gezahlt. Das Taggeld wird nach dem
Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die
Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet
sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
des Versicherten.

3.2 Das Taggeld wird innerhalb von zwei Jahren ab
dem Unfalltag für höchstens 365 Tage gezahlt.

4 Heilkosten

4.1 Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb zweier
Jahre nach dem Unfall zur Behebung seiner
Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig
waren, werden bis zu der hierfür vorgesehenen
Versicherungssumme für jeden Versiche-
rungsfall ersetzt; hiezu zählen auch die Kosten
des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der
Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen
Anschaffung künstlicher Glied-
maßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem
Ermessen erforderlicher erst-maliger
Anschaffungen.

4.2 Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -auf-
enthalte, ferner der Reparatur oder Wieder-
beschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher
Gliedermaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe
werden nicht ersetzt.

4.3 Insoweit Heilkosten von einem Sozial- und/oder
Privatversicherer (z. B. aus einer Krankenver-
sicherung) geleistet werden, erfolgt aus dieser
Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungs-
anspruch ist im Rahmen der Versicherungs-
summe jedenfalls mit dem Betrag begrenzt, der
tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden
ist.

5 Zusatzleistungen

5.1 Rücktransportkosten

Wenn die Versicherung für Tod und/oder
dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt
der Versicherer die Kosten des Rücktransportes
verunfallter Personen aus dem europäischen
Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der
versicherten Person infolge des Unfalles eine
Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist.
Handelt es sich bei dem von einem Unfall
betroffenen Versicherten um den Fahrzeug-

lenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zu Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit €3.633,64 begrenzt.

5.2 Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 9, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 4

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

- 1 Haben bei den Unfallsfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
- 2 Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.
- 3 Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 3, Punkt 2.3 und 2.4 mit der Maßgabe angewendet, daß gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100% anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.
- 4 Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluß an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur geleistet, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Artikel 5

Erklärung über die Versicherungsleistung

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfallsleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht

anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallsverlaufes und der Unfallsfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat.

Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen, entscheidet die Ärztekommision.

Artikel 6

Ärztekommision

- 1 Wenn der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers über die Versicherungsleistung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
- 2 Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, daß sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird er durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer bestellt.
- 3 Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- 4 Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Unterlagen des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
- 5 Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 7
Fälligkeit der Versicherungsleistung

- 1 Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung nach zwei Wochen fällig.
- 2 Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.
- 3 Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 3, Punkt 2.2 Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4% Zinsen zu zahlen.

Artikel 8
Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Die Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen wird in Artikel 10 AFIB 1986 geregelt.

Darüber hinaus wird bestimmt, daß namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

Artikel 9
Obliegenheiten

- 1 Es gelten die allgemeinen Obliegenheiten des Artikels 5 AFIB 1986.

- 2 Darüber hinaus werden als Obliegenheiten im Sinn des § 6 Absatz 3 VersVG 1958 bestimmt,

- 2.1 die behandelnden sowie diejenigen Ärzte, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Berichte zu liefern;
- 2.2 daß sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Artikel 6) untersuchen läßt.

Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 3, Punkt 2.2) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen zu werden;

- 2.3 daß ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;
- 2.4 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.

Artikel 10
Schadensminderungs- und Rettungspflicht

Der Versicherungsnehmer ist im Sinn des § 62 VersVG 1958 und des Artikels 6 AFIB 1986 insbesondere verpflichtet, unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3%
(Art. 3, Pkt. 2, IUB 1986)

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen¹⁾ Rente für einen Kapitalsbetrag von €1000,00

Alter ²⁾	Jahres- rente €														
0	41.78	10	38.55	20	41.97	30	46.67	40	54.33	50	67.30	60	90.62	70	137.17
1	37.37	11	38.83	21	42.35	31	47.28	41	55.33	51	69.05	61	93.92	71	144.15
2	37.15	12	39.14	22	42.74	32	47.92	42	56.39	52	70.89	62	97.45	72	151.70
3	37.19	13	39.47	23	43.14	33	48.59	43	57.51	53	72.84	63	101.21	73	159.82
4	37.31	14	39.82	24	43.57	34	49.29	44	58.69	54	74.92	64	105.25	74	168.58
5	37.46	15	40.17	25	44.02	35	50.03	45	59.93	55	77.12	65	109.59	75	177.94
6	37.64	16	40.53	26	44.49	36	50.80	46	61.24	56	79.47	66	114.26	76	188.01
7	37.83	17	40.89	27	45.---	37	51.61	47	62.63	57	81.99	67	119.30	77	198.85
8	38.04	18	41.24	28	45.53	38	52.47	48	64.10	58	84.67	68	124.78	78	210.48
9	38.28	19	41.60	29	46.08	39	53.37	49	65.66	59	87.54	69	130.72	79	223.06
												80	136.57		

¹⁾ Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von €1000,00 entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

²⁾ Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.

Genehmigt vom Bundesministerium für Finanzen mit Bescheid vom 17. Dezember 1985, ZI. 90 1410/4-V/6/85